

спитализированных женщин были также самопроизвольные выкидыши с наибольшим числом 28 (42,4%) в группе 30-39 лет. В возрастных группах 20-29 лет и 30-39 лет ранее имелись НБ — 4 (3,1%) и 8 (12,1%) соответственно.

В этой связи можно предположить, что аборт явился одним из факторов риска неразвивающейся беременности, поскольку создают условия для инфицирования половых органов женщины, длительной персистенции вирусно-бактериальной инфекции.

Следует добавить, что в развитии замершей беременности у исследуемых женщин прослеживается и другой фактор риска — сопутствующие соматические и инфекционные заболевания, в том числе с хроническим течением (количество диагнозов на одну больную — 1,5). Обращает на себя внимание превалирование вирусной инфекции: детские инфекции — 106 (47%), ОРВИ — 62 (27,7%), вирусные гепатиты — 18 (8,03%) случаев.

У 7,1% была резекция яичника(-ов) и это, возможно, в сочетании с частыми абортами могло привести к гормональной недостаточности яичников и повлиять на развитие замершей беременности.

В заключении необходимо отметить, что в развитии замершей беременности у женщин гинекологического отделения БСМП способствовали такие факторы, как отягощенный гинекологический анамнез, сопутствующая соматическая и инфекционная патология, частые аборт, профессиональная деятельность женщин, сопровождающаяся нервным перенапряжением, застоем в малом тазу по причине гиподинамии. Нельзя сбрасывать со счетов и беспорядочную половую жизнь, недостаточную контрацептивную грамотность, особенно среди молодежи.

Приведенные данные исследования следует учитывать при выборе тактики профилактических мероприятий по поводу НБ у женщин репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Верясов В.Н. и др. Значение патологии матки и особенности предгестационной подготовки женщин с синдромом привычной потери беременности ранних сроков // Акуш. и гинек. — 2009. — № 5. — С. 15-19.
2. Нефедов П.В., Колычева С.С., Нефедова Л.В. Пестициды, окружающая среда и здоровье населения. — Краснодар, 1990. — 50с.
3. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капильная В.А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 52-57.
4. Орлов А.В., Крукиер И.И., Друккер Н.А., Каушвская Л.В. Роль факторов роста в патогенезе неразвивающейся беременности. // Рос. вестн. акуш-гин. — 2005. — № 3. — С.7-10.
5. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Шаранова Г.А. и др. Экологические аспекты репродуктивной медицины: женщины в опасной и вредной профессиональной среде // Акуш. и гинек. — 2006. — Прил. — С.24-27.
6. Радзинский В.Е., Майскова И.Ю., Димитрова В.И. Комплексный подход к лечению неразвивающейся беременности в ранние сроки // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 1. — С. 42-45.
7. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 24-27.
8. Фофанова И.Ю. Роль генитальной условно-патогенной микрофлоры в акушерстве и гинекологии // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 2. — С. 52-57.
9. Chen K.T., Eskild A., Bresnahan. M., et al. Previous maternal infection with Toxoplasma gondii and the risk of fetal death. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 193. — № 2. — P. 443-449.
10. Yuan H., Platt R.W., Morin L., et al. Fetal deaths in the United States. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 193. — № 2. — P. 489-495.
11. <http://www.mdiam.ru/1.0.files/page0013.htm>

Информация об авторе: 350901, Россия, г. Краснодар, ул. 40лет Победы, 43-106;

E-mail: melnik1940@mail.ru; тел. 8-861-252-58-26

Мельник Екатерина Григорьевна — к.м.н., ассистент кафедры

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю. — 2010

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АРТРИТОВ

Н.Ю.Казанцева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А.Горяев)

Резюме. На основании обследования 311 больных, направленных в Ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритами, выявлены основные ошибки, затруднения и недостатки в диагностике ранних артритов. Впервые определена диагностическая ценность действующих классификационных критериев при диагностике четырех, наиболее часто встречающихся ранних артритов. Статистическая обработка позволила выявить наиболее информативные критерии при диагностике ранних форм артритов. Выявлены факторы, затрудняющие раннюю диагностику, факторы риска прогрессирования ранних артритов. Предложен алгоритм диагностики неуточненных артритов.

Ключевые слова: неуточненные артриты, ранняя диагностика, диагностические критерии.

PROBLEMS IN EARLY DIAGNOSIS OF ARTHRITES

N.U. Kazantseva

(Irkutsk State Medical University)

Summary: On the base of observations of 311 patients, directed to Irkutsk Rheumatologic Center with diagnosis unclear arthrites, there have been revealed the main mistakes, difficulties and shortcomings in diagnosis of early arthrites. Diagnostic value of present classificational criteria in diagnosis of four, the most spread early arthrites has been defined for the first time. Statistical processing allowed to reveal the most informative criteria in diagnosis of the early forms of arthrites. Factors, making difficult early diagnosis, risk factors of progressing early arthrites have been revealed. Algorithm of diagnosis of unclear arthrites has been suggested.

Key words: unclear arthrites, early diagnosis, diagnostic criteria.

Ревматические болезни, составляющие основу болезней костно-мышечной системы (БКМС), вследствие хронизации и прогрессирования поражения, в первую очередь опорно-двигательного аппарата, являются постоянным источником инвалидизации жителей страны [7].

При проведении более 30 лет назад многоцентровых исследований по программе EULAR было введено понятие «вероятный» артрит. В МКБ-10 «вероятные» РЗ идут под рубрикой «неуточненный» артрит, который, по данным эпидемиологических исследований, занимает от 10 до 30% от всех артритов данной нозологии [2].

Ранняя диагностика артритов в настоящее время особенно актуальна, поскольку современные методы лечения позволяют предотвратить или замедлить прогрессирование артритов [5].

Проблема точной и ранней диагностики РА, как самого тяжелого заболевания из БКМС в настоящее время особенно актуальна. Эта проблема вызывает интерес во всем мире, что нашло отражение в создании специализированных клиник раннего артрита. Российская программа в рамках декады болезней костно-мышечной системы «РАДИКАЛ» — ранний артрит, диагностика, исход, критерии, активность, лечение — создана для объединения усилий врачей разных специальностей в области изучения раннего артрита.

С неуточненными артритом встречаются, прежде всего, врачи общей практики, работающие в поликлиниках [4,6]. От того как они о ранних симптомах артритов, насколько правильно они могут провести дифференциальную диагностику и направить больного к узкому специалисту зависит исход заболевания [1,4].

Материалы и методы

На основании обследования 311 больных, направленных в Ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритом (НА), нами выявлены основные ошибки при диагностике артритов, затрудняющие раннюю диагностику ревматоидного артрита (РА), псориатического артрита (ПсА), реактивного артрита (РеА), анкилозирующего спондилоартрита (АС), нами составлен алгоритм дифференциальной диагностики НА. При дифференциальной диагностике использовались для диагностики РА классификационные критерии Американской коллегии ревматологов, для диагностики серонегативных спондилоартритов — модифицированные Нью-Йоркские критерии, предложенные Европейской группой по изучению спондилоартритов, для диагностики реактивных артритов — критерии НИИ Ревматологии РАМН.

Статистическая обработка критериев позволяет выявить наиболее информативные диагностические критерии и рекомендовать их для дифференциальной диагностики основных неуточненных артритов.

Для выявления наиболее значимых для ранней диагностики тестов мы вычисляли не только специфичность (с) и чувствительность (ч), но и предсказательную ценность положительного и отрицательного результата (Пр +, и Пр —) и отношение правдоподобия (Опр) по методике Р. Флетчер [8].

Эффективность диагностического теста можно характеризовать через отношение правдоподобия. Отношение правдоподобия показывает во сколько раз выше вероятность данного теста у больных нежели в группе сравнения. Считается, что дополнительным способом описания точности диагностического теста служит отношение правдоподобия [8].

Определялись факторы риска (ФР) прогрессирования некоторых НА при этом высчитывались относительный риск (ОР) и атрибутивный риск (АР) [8].

Результаты и обсуждение

Диагностика НА происходит в 3 этапа:

1 этап — врач общей практики или участковый те-

рапевт должен поставить диагноз НА согласно шифра МКБ-10 и направить больного к ревматологу поликлиники.

II этап — врач-ревматолог поликлиники на основании лабораторного, рентгенологического обследования по диагностическим критериям выделяет 3 подгруппы:

- 1) Ранний артрит соответствующей нозологии;
- 2) Неуточненный артрит;
- 3) Артрита нет.

Ревматолог поликлиники направляет больного либо в ревмоцентр (2-я подгруппа), либо в специализированный стационар для проведения базисной терапии (1-ая подгруппа).

III этап — городской ревматологический центр. Консультант-ревматолог. Отделение ревматологии.

Ранней диагностика считается, если от момента первых симптомов прошло 3-6 месяцев (5). Таким образом, ранняя диагностика артрита идет через дифференциальную диагностику НА врачами первичного звена здравоохранения, которые обычно бывают недостаточно подготовлены в этом направлении. Именно на этом этапе происходит основная потеря времени при диагностике ранних артритов. Это первая проблема.

Вторая проблема — диагностические возможности действующих классификационных критериев при диагностике ранних артритов. Нами оценены диагностические возможности действующих классификационных критериев при диагностике неуточненных артритов и предложены наиболее информативные критерии. Из литературных [3] и наших данных известно, что с помощью существующих диагностических критериев ранний РА можно диагностировать только у 40-48% больных, приблизительно тоже положение с диагностикой других ранних артритов.

Наиболее информативными критериями ранней диагностики РА по нашим данным основанными на обследовании 120 больных явились следующие: утренняя скованность > 60 минут (ч = 70,8%; С = 58,3%; Пр+ = 53%; Пр- = 75%; Опр = 1,7); наличие РФ в сыворотке крови (ч = 62,5%; С = 63,8%; Пр+ = 53%; Пр- = 71%; Опр = 1,67); симметричный артрит > 6 недель (ч = 97,9%; С = 16,6%; Пр+ = 43%; Пр- = 92%; Опр = 1,1); артрит суставов кистей (ч = 93,7%; С = 9,7%; Пр+ = 41%; Пр- = 70%; Опр = 1); артрит 3-х и более суставов > 6 недель (ч = 89,9%; С = 2,7%; Пр+ = 38%; Пр- = 28%; Опр = 0,9).

Наиболее информативными критериями ранней диагностики ПсА по нашим данным, основанным на обследовании 62 больных были: поражение ногтей пластинок (ч = 19,0%; С = 95%; Пр+ = 88%; Пр- = 35%; Опр = 3,8); псориатические высыпания на коже (ч = 71,4%; С = 75%; Пр+ = 85%; Пр- = 55%; Опр = 3,0); синхронность кожного и суставного синдромов (ч = 47,6%; С = 80%; Пр+ = 83%; Пр- = 42%; Опр = 2,3); артрит дистальных межфаланговых суставов (ч = 33%; С = 75%; Пр+ = 73%; Пр- = 34%; Опр = 1,32); осевое поражение (ч = 61,9%; С = 56%; Пр+ = 72%; Пр- = 38%; Опр = 1,22); асимметричный хронический артрит (ч = 57,1%; С = 50%; Пр+ = 70%; Пр- = 35%; Опр = 1,14).

Наиболее информативными критериями ранней диагностики АС при обследовании 60 больных оказались: уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с нормальными значениями (ч = 75,8%; С = 90%; Пр+ = 88%; Пр- = 41%; Опр = 3,7); ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскости (ч = 50%; С = 75%; Пр+ = 86%; Пр- = 42%; Опр = 2); боли в нижней части спины, длящиеся не менее 3-х месяцев, уменьшающиеся после физических упражнений и не стихающие в покое (ч = 47,5%; С = 50%; Пр+ = 65%; Пр- = 32%; Опр = 0,9).

Наиболее информативными критериями ранней диагностики РеА при обследовании 69 больных были: — асимметричное поражение ограниченного числа суставов, преимущественно нижних конечностей (ч = 81%; С = 9%; Пр+ = 82%; Пр- = 8,3%; Опр = 9); — лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной

Chlamydia trachomatis (ч = 53%; С = 81,8%; Пр+ = 93%; Пр- = 25%; Опр = 2,9).

Использование наиболее информативных критериев для дифференциальной диагностики НА позволило повысить своевременную диагностику ранних артритов на 15-20%. Несомненно, необходимо разрабатывать критерии ранней диагностики артритов, подобно тому, как это сделано для диагностики раннего РА [6,10]. Безусловно, разработка таких критериев дело сложное, трудоемкое, многоцентровое.

Прогнозирование характера течения раннего РА также составляет проблему диагностики. Проспективное наблюдение в течение 3-5 лет за 120 больными с неуточненным РА позволило выявить наиболее значимые факторы риска прогрессирования раннего РА. Многие авторитетные специалисты к плохим прогностическим факторам относят женский пол (9). По нашим данным этот факт также имеет значение в прогрессировании РА (OR = 4,25; AR = 30,9).

Наиболее значимыми критериями в прогрессировании РА были: ускоренная СОЭ (OR = 13,2; AR = 52,1); высокий уровень СРБ (OR = 7,1; AR = 44,9). Положительная статистически значимая связь прогрессирования РА имела со следующими диагностическими критериями: симметричный артрит 3-х и более суставов более 6 недель (OR = 6,0; AR = 44); начало заболевания с болей и припухлости суставов стоп (OR = 5,1; AR = 19,7). Наличие инфекций верхних дыхательных путей в самом начале заболевания также прогностически неблагоприятный признак (OR = 6,8; AR = 31,6).

Выявлены факторы, затрудняющие диагностику РА. Наиболее значимыми факторами, затрудняющими своевременную диагностику раннего РА являются: позднее

обращение больного к врачу ревматологу (AR = 50,6%), мужской пол больного (AR = 34,9%), начало заболевания с моно-олигоартрита крупных суставов (AR = 34,3%), постепенное начало заболевания, не характерное для РА (AR = 27,1%). Отсутствие РФ в крови в диагностически значимых уровнях также затрудняет своевременную диагностику раннего РА (AR = 25,9%). По нашим данным ранний РА в большинстве случаев характеризуется не только местным воспалением суставов, но и общими признаками воспаления (увеличение СОЭ и СРБ). Отсутствие увеличения СОЭ и СРБ значительно затруднило раннюю диагностику РА. Атрибутивный риск этих факторов составил соответственно — 34,7 и 31,9%.

Зная вышеуказанные особенности течения раннего РА врач может улучшить своевременную диагностику. Незнание этих факторов также составляет проблему ранней диагностики РА.

Таким образом, проблемы ранней диагностики артритов заключаются в недостаточном знании и наблюдении врачами первичного звена алгоритма диагностики неуточненных артритов; в преждевременном (до установления диагноза) назначении внутрисуставно глюкокортикостероидов или больших доз НПВП, что смазывает клиническую картину артритов; в ограничении возможностей классификационных критериев для диагностики ранних форм артритов, что не учитывают участковые терапевты, поскольку они недостаточно осведомлены; в незнании факторов, затрудняющих раннюю диагностику артритов; в отсутствии должного внимания к ФР прогрессирования раннего артрита; в отсутствии активного целенаправленного выявления пациентов с малосимптомными ранними артритами и в отсутствии активного наблюдения за больными НА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий // Научно-практическая ревматология. — 2001. — №4. — С. 10-17.
2. Беневолентская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. — М.: Медицина, 1988. — С.27-45.
3. Каратаев Д.Е. Основные тенденции и вариативность эволюции ревматоидного артрита: результаты многолетнего наблюдения // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С.15-18.
4. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматологические болезни. — М.: Медицина, 1997. — С.257-304.
5. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? // Русский мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.1009-1012.

6. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации и алгоритмы для практических врачей. — М., 2004. — С.3-5.
7. Насонов Е.Л. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям. // Русский мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.
8. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М., 2004. — 352 с.
9. Шостак Н.А., Логинова Т.К., Муромцев А.А. Клиническая характеристика раннего ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. — 2001. — №3. — С.137-145.
10. Emery P., Breedy old F.S. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed neu (nafoid arfritis) // An.Rebm. Dis. — 2002. — V. 61. — P. 290-927.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, тел. (3952) 229933, rheumkonf@bk.ru
Казанцева Наталья Юрьевна — доцент, к.м.н.

© КУЛИКОВ Л.К., БЫКОВА Н.М., ПРИВАЛОВ Ю.А., БЫКОВ С.В., ЛИТВИН М.М., НАВТАНОВИЧ Н.А., СОБОТОВИЧ В.Ф. — 2010

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАТЕХОЛАМИН-СЕКРЕТИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПОМОЩИ НЕЙРОННОЙ СЕТИ

Л.К. Куликов¹, Н.М. Быкова², Ю.А. Привалов¹, С.В. Быков⁴, М.М. Литвин³, Н.А. Навтанович², В.Ф. Соботович¹

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра хирургии с эндоскопией, зав. — д.м.н., проф. Л.К.Куликов; ²МУЗ «Городская клиническая больница №10», гл. врач — С.В. Есев, эндокринологическое отделение, зав. — к.м.н. Н.М. Быкова; ³МУЗ «Городская больница №5», гл. врач — М.М. Литвин; ⁴Шелеховская ЦРБ, гл. врач — к.м.н. А.Н.Дудко)

Резюме. При помощи нейронной сети изучена возможность прогнозирования катехоламин-секретирующих опухолей среди больных с инциденталомами надпочечников, в том числе и при их сочетании с артериальной гипертензией. Установлено, что чувствительность метода составляет 87,5%, а его специфичность — 82,6%.

Ключевые слова: инциденталомы надпочечников, нейронная сеть, прогнозирование.

FORECASTING OF CATECHOLAMINE SECRETING TUMOURS IN PATIENTS WITH ADRENAL INCIDENTALOMAS BY NEURAL NETWORK